

Gruppo di studio
sulla bioetica *

Il caso Welby: una rilettura a più voci

La contrapposizione polemica che ha caratterizzato il dibattito sul caso di Piergiorgio Welby ha lasciato uno strascico di diffuso disagio. A molti è sembrato che un dialogo più sereno sul merito del problema avrebbe consentito di evitare sofferte incomprensioni e inutili lacerazioni. Un gruppo di studiosi, in vario modo coinvolti nel campo dell'etica filosofica e teologica, propone nel testo che segue una rilettura della vicenda, maturata in un confronto reciproco. Dopo una parte elaborata insieme, che presenta la posizione di fondo condivisa dal gruppo, seguono cinque contributi in diverse prospettive: essi sono redatti dai singoli autori, pur rispecchiando opinioni in cui tutti si ritrovano.

Il caso Welby ha diviso l'opinione pubblica in due fronti contrapposti, schierati pro o contro l'eutanasia: i fautori del primo fronte esigono una legge che la ammetta, i paladini del secondo la scongiurano. I primi paventano lo sconfinamento nell'accanimento terapeutico, gli altri temono lo scivolamento nel suicidio assistito. Nell'una e nell'altra prospettiva, a ben guardare, non si è discusso del caso in questione, ma della liceità o illiceità dell'eutanasia. La sofferenza vissuta da Piergiorgio Welby è stata l'occasione — non senza il suo consenso — di uno **scontro ideologico**, il cui polverone ha oscurato la **singolarità del caso**.

Lo scontro delle opinioni sull'eutanasia, al di là dei toni violenti e dell'ingiusto discredito nei confronti di chi «la pensa diversamente», si presenta inevitabile: la concezione della vita umana e quindi del morire come sua ultima fase dipende da presupposti culturali, etici, filosofici e religiosi che nell'attuale società pluralistica sono tutt'altro che univoci. È compito della democrazia di assicurare il rispetto delle diverse voci, impedendo le prevaricazioni dell'una sulle altre e, soprattutto, favorendo il **dialogo sui presupposti** che reggono le diverse e anche contrastanti posizioni. L'obiettivo è di innalzare il dibattito dal piano della affer-

* Gruppo riunitosi presso la redazione di «Aggiornamenti Sociali», i cui membri sono indicati nel riquadro alla pagina successiva.

Gruppo di studio sulla bioetica

Carlo Casalone S.I., vicedirettore di *Aggiornamenti Sociali*.

Maurizio Chiodi, professore di Teologia morale nella Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale e nella Scuola di Teologia del Seminario di Bergamo.

Paolo Fontana, incaricato per la bioetica nella Diocesi di Milano.

Aristide Fumagalli, professore di Teologia morale nel Seminario arcivescovile di Milano.

Mario Picozzi, professore associato di Medicina legale nell'Università degli Studi dell'Insubria (VA).

Massimo Reichlin, professore associato di Etica della vita nell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.

Partecipanti al gruppo di studio e loro qualifiche.

mazione (oggi spesso urlata) della propria opinione a quello della esplicitazione (oggi spesso trascurata) delle ragioni che la motivano.

Che il caso Welby fornisca l'occasione di sollevare la questione dell'eutanasia sembra dunque legittimo. Appare però indebito che la sua soluzione (e di futuri casi analoghi) sia ritenuta possibile solo sulla base di una legge pro eutanasia. L'**ipotesi condivisa** dagli autori è che la richiesta del signor Welby di porre termine, con assistenza medica, alla terapia di sostegno vitale (ventilazione artificiale) in atto da diversi anni potesse essere accolta senza che ciò dovesse necessariamente comportare la legittimazione etica, deontologica e giuridica dell'eutanasia.

Una tale ipotesi esclude ogni complicità con la rivendicazione del diritto assoluto della libertà individuale di decidere della propria morte e la pretesa che a tale diritto corrisponda il dovere dello Stato di assecondarlo. A questo riguardo non si può sottacere e si deve opportunamente **smascherare la strumentalizzazione** del caso Welby da parte di certa cultura liberal-radical, che lo ha usato come prova della necessità di una legge permissiva dell'eutanasia. La tesi qui sostenuta **dissente** anche dall'opinione di chi ritenesse che la richiesta di Piergiorgio Welby di sospendere la terapia continuando l'assistenza medica **fosse senz'altro un atto di eutanasia**. In nome della giusta opposizione alla legalizzazione dell'eutanasia, e dunque alla strumentalizzazione del caso Welby in tal senso, si rischierebbe allora di misconoscerne la singolarità.

A favore dell'ipotesi formulata gli autori suggeriscono alcuni argomenti, che riguardano, pur senza pretese esaustive, aspetti rilevanti della questione. Al di là del merito, sottoposto al miglior giudizio dei lettori, l'ipotesi sviluppata nei vari contributi vorrebbe almeno favorire un **metodo di approccio** alle attuali questioni bioetiche che sappia articolare sia il piano dei principi irrinunciabili con quello delle soluzioni possibili, sia alcune delle diverse prospettive che occorre convocare per esaminarlo adeguatamente: antropologica, (bio)etica, deontologica e giuridica.

1. Autonomia e disposizione della vita ¹

Ciascuno deve essere il più possibile consapevole e **libero di scegliere** in tutto quello che riguarda la propria salute. Questo è il significato fondamentale del principio di autonomia, sempre più importante nella odierna pratica medica. La sua portata non è però univoca, dipendendo dalle differenti visioni della libertà sottese.

Una prima interpretazione rinvia alla libera disposizione di sé e all'**auto-determinazione**. Esse svolgono il ruolo di proteggere l'individuo dalle invasioni del potere, in tutte le sue manifestazioni: religioso, politico, medico. Nei confronti di queste istanze, ritenute sempre a rischio di perpetrare abusi, occorre difendersi affermando l'indipendenza del soggetto, come entità autosufficiente e autarchica.

Per scongiurare questa deriva di tipo soggettivista viene fatta valere un'altra prospettiva, che intende ancorare le valutazioni morali a saldi riferimenti oggettivi. Ci si appella alla **sacralità della vita**, come criterio che consentirebbe di guidare le scelte sulla base di evidenze incontrovertibili. I parametri della vita organica assumono allora un'importanza prioritaria. Essi costituiscono un riferimento certo, in quanto rilevabili dalle scienze empiriche. Come conseguenza, il baricentro della decisione si sposta verso il medico, che possiede la competenza tecnica per misurarli e valutarli. Tuttavia anche questa impostazione non è esente da difficoltà. Infatti tende a ridurre, da una parte, la vita umana alla sola dimensione biologica e, dall'altra, la coscienza etica a una funzione meramente applicativa, il cui compito sarebbe di dedurre il comportamento corretto da leggi biologiche o da principi *a priori*.

Sottolineati i limiti di queste due impostazioni — che si sono contese la scena nella polemica sul caso Welby —, emerge la domanda se non ne sia possibile una terza, che renda meglio conto del nesso tra vita umana, coscienza e libertà. Il richiamo all'esperienza che ciascuno fa del proprio essere al mondo sembra rispondere a questa esigenza. Se infatti consideriamo quanto effettivamente avviene nella nostra vita, ricevuta da altri e non frutto di una decisione autonoma, emerge l'originaria passività che la contraddistingue e che trova nella corporeità il suo primo radicamento. Se teniamo conto di questo dato nella riflessione sulla libertà emerge una prospettiva, diversa dalle precedenti, secondo cui noi siamo fin dall'inizio confrontati con l'alterità e inseriti in un contesto di relazioni che ci collega agli altri: la nostra **identità personale è costitutivamente relazionale**.

La nostra vita non è pertanto riducibile solamente a oggetto di una decisione individuale e autoreferenziale, poiché ne siamo responsabili anche nei confronti degli altri. La libertà umana è sempre situata e condizionata. Per esercitarsi correttamente, essa deve assumere le condizioni che le hanno consentito di emergere e di operare: in quanto preceduta da altri è responsabile di fronte a essi e chiamata

¹ Contributo di Carlo Casalone S.I.

a divenire capace di convivenza e collaborazione². Non si tratta quindi di ritorno al paternalismo medico, come talvolta si rimprovera ai «cattolici»³, quanto piuttosto di una più **convincente interpretazione e declinazione dell'autonomia** — irrinunciabile, ma non assoluta — nello specifico contesto delle decisioni di fine vita.

Del resto questa prospettiva supera anche una visione intellettualista, evitando sia una riduzione della vita alla sua dimensione biologica, sia una concezione astratta del soggetto, come se fosse già dato a monte di ogni mediazione pratica. La **coscienza etica** non sarà allora solo facoltà applicativa, ma piuttosto capacità che caratterizza l'uomo di decidere di sé in ordine alla realizzazione del bene, interpretato nella situazione specifica. In questa linea si colloca la virtù dell'*epikeia*, che articola generalità della legge e particolarità del caso concreto (cfr contributo di A. Fumagalli), come richiesto nella valutazione della proporzionalità delle terapie (cfr contributo di M. Reichlin), da compiersi non nell'isolamento, ma in un contesto di cura, di sostegno e di alleanza terapeutica (cfr contributi di M. Chiodi e di M. Picozzi).

Alla luce delle riflessioni fin qui svolte, e ancor più di quelle che seguiranno, colpisce come la strumentalizzazione politica abbia funzionato da **gabbia nella discussione** del caso Welby, chiudendo il dibattito in un gioco di specchi. Infatti, da una parte sarebbe stato possibile considerare l'evento realizzatosi non in termini di eutanasia, ma di sospensione di terapie sproporzionate. Ma, d'altra parte, le argomentazioni dello stesso Welby tendevano ad assolutizzare l'autodeterminazione, formulando la propria richiesta come eutanasia e favorendo una normativa giuridica in questo senso⁴.

La decisione del Vicariato di Roma a proposito delle esequie si è collocata in questa zona grigia. Essa, negando la **celebrazione dei funerali** secondo il rito della Chiesa, ha tentato — pur in modo non a tutti comprensibile e comunque controverso — di portare chiarezza sull'intreccio delle dimensioni in gioco. La priorità è stata data al significato pubblico della celebrazione, che avrebbe lasciato intendere l'approvazione di una concezione di libertà come insindacabile disposizione di sé e il rispetto della volontà del singolo come criterio ultimo di ciò che è giusto. Per questo il Vicariato ha negato le esequie religiose, ritenendo di minor peso il significato delle esequie come preghiera con cui ogni uomo viene affidato nella fede dai propri fratelli e sorelle in umanità alla misericordia di Dio.

² Cfr ALICI L. – CHIODI M. – RIVA F., *Interpersonalità e libertà*, Edizioni Messaggero, Padova 2001; BRENA G. L. (ed.), *La libertà in questione*, Edizioni Messaggero, Padova 2002.

³ Cfr POCAR V., «Perché i cattolici italiani sono contro la Carta dell'autodeterminazione? Risposta ad alcune critiche», in *Bioetica*, 2 (2000) 319-329.

⁴ Cfr WELBY P., *Lettera aperta al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano*, in <www.lucacoscioni.it/node/7849>.

2. Le questioni antropologiche ⁵

Nel dibattito su eutanasia e accanimento terapeutico sono tre le questioni — strettamente legate tra loro — che sembrano più rilevanti sotto un profilo antropologico.

a) Ethos e rimozione della morte. — La difficoltà a operare un saggio discernimento, soprattutto nei casi-limite, al confine tra eutanasia e accanimento terapeutico, aumenta in una cultura che tende a nascondere la morte, unico e ultimo grande tabù. Quel che manca è il riconoscimento del morire come evento originario e forma radicale della passività e dell'anticipazione (vita). All'origine della richiesta di eutanasia e di accanimento terapeutico sta l'**occultamento di questo «destino mortale»**. L'una e l'altro, in modo opposto e speculare, sono la pretesa vana di impadronirsi della morte o anticipandola o posticipandola *sine die*. Rispetto a questi eccessi, assume grande importanza la pratica medica — alternativa — delle cure palliative. Il fondamentale compito etico di vivere bene il proprio morire si configura come una «via media», difficile, ma non impossibile.

Nell'evento della morte **l'uomo decide della totalità di sé**, nella sua libertà personale, e ciò avviene sempre — per il credente in modo esplicito — dinanzi a Dio. Qui si pone la testimonianza del cristiano che, riconoscendo nell'evento della morte il momento decisivo della fede, è chiamato ad affidarsi a un dono che gli è anticipato, la salvezza in Gesù, nella quale a tutti è aperta la speranza di una vita compiuta, nella beatitudine e nell'eternità di Dio.

b) Il nesso tra tecnica e agire. — Un'altra questione antropologica, legata alle cure medico-tecniche, è relativa alla distinzione, di matrice aristotelica, tra tecnica (*poiesis, facere*) e agire (*praxis, agere*). Anche quando l'uomo produce qualcosa, decide sempre di sé. Non c'è un *facere* che non sia un *agere*. La tecnica non è mai neutrale o preliminare rispetto all'agire. **La decisione etica è intrinseca alle scelte tecniche.**

La questione assume oggi un profilo epocale nuovo. Lo straordinario sviluppo della tecno-scienza è uno dei tratti salienti della modernità, anche nell'ambito della prassi medica. Su questo sfondo si pongono le difficili decisioni legate alla fase finale della malattia, che si avvicina alla morte. A tal proposito, in modo pertinente, la *Dichiarazione sull'eutanasia*, della Congregazione per la Dottrina della Fede, parla di «**proporzionalità**» delle cure, stabilendo alcuni criteri per la sua interpretazione: gli oneri e i benefici, per il paziente, la sua famiglia, la collettività ⁶.

Ciò significa che in certe situazioni continuare o iniziare le «terapie» possibili, stante il deciso rifiuto del paziente, si configura come accanimento terapeutico.

⁵ Contributo di Maurizio Chiodi.

⁶ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Dichiarazione «*Iura et Bona*» de *euthanasia* (1980), parte IV.

In questi casi il rifiuto delle «cure» non è eutanasia, ma è una resa all'evento ineluttabile della morte, lasciando che la malattia faccia il suo corso. Proseguire le «cure» diverrebbe una forma di tecnicismo sproporzionato. Ma il discernimento deve partire dalle situazioni concrete, e non semplicemente con l'applicazione automatica di «principi» astratti. Uno **stesso atto «materiale»** — come il distacco del respiratore — può assumere **significati etici differenti**, in certi casi eutanasici e in altri no, a seconda del contesto culturale, delle circostanze storiche e delle intenzioni dei soggetti in relazione.

c) Il sé e la relazione: il patto tra medico e paziente. — Un'altra questione antropologica riguarda il «**chi**» **decide**. Anche in reazione a un paternalismo medico un tempo assai diffuso, la bioetica oggi sottolinea l'autonomia del paziente. Ma un'autonomia assoluta, così come il «paternalismo» del medico che pretenda di sapere meglio del malato il suo bene, dimenticano che l'identità del soggetto si costituisce nella relazione: questa è forma originaria del sé. È solo nella cura che si assolve al compito etico inscritto nella relazione tra sé e altri. Questo è il significato etico dell'alleanza tra medico e paziente, uniti in un patto che comporta una fondamentale reciprocità.

Accompagnare il malato inguaribile, ma non incurabile, significa **prendersi cura** di lui. Questa relazione è irrinunciabile, ma richiede di tenere conto della mortalità: a volte si dovrà riconoscere con lucidità che le «cure» non sono più forma concreta della cura dell'altro, proprio considerata la forma mortale della sua vita preziosa.

Questa decisione, alla fine, spetta al paziente. Negandolo, si imporrebbe al malato una cura che egli non vuole, esercitando su di lui una violenza arbitraria. La scelta è però inscritta in un processo decisionale che prevede diversi soggetti in relazione: malato, *équipe* curante, medico, familiari, amici. Sono queste relazioni che impediscono all'autonomia del malato di essere assoluta, rendendo il medico un esecutore della sua volontà. D'altra parte questi non può sostituirsi al paziente, che rimane soggetto delle sue cure. In questa **relazione dialogica** si pone l'impegno del medico di «dire la verità», non limitandosi a informare il malato, comunicando un dato neutro, ma stabilendo con lui una relazione di alleanza e di prossimità.

Oltre l'interpretazione contrattualistica, dove individui separati si accordano per trarre benefici l'uno dall'altro, nell'alleanza i due soggetti coinvolti sono impegnati insieme e nessuno dei due può decidere senza l'altro. Nella difficile «prova» della malattia che si avvicina alla morte, tra medico e paziente si dà un decisivo rapporto di alleanza, che non esclude l'asimmetria della relazione e non tutela *a priori* dal conflitto o dalle divergenze. In questa reciproca fiducia il dialogo e l'ascolto implicano la volontà di **essere-con l'altro, prima ancora di essere-per l'altro**. Nel quadro di questa relazione, costitutiva del sé, va posta ogni decisione del paziente, chiamato a vivere con speranza anche il faticoso tempo della malattia.

3. La proporzionalità delle cure ⁷

Due punti, nel dibattito sulle decisioni di fine vita, sono largamente condivisi: la **liceità di rinunciare all'accanimento terapeutico** e la **distinzione fra tale rinuncia e l'eutanasia**, come atto volto a procurare la morte del paziente. Su questi punti convergono sia le posizioni morali diffuse sia i principi del nostro ordinamento giuridico. La complessità nell'applicarli alle situazioni cliniche deriva soprattutto dalla difficoltà di definire l'accanimento terapeutico, situazione che induce alcuni a invocare, altri a paventare, la legalizzazione dell'eutanasia. La tendenza a scivolare dall'applicazione dei principi richiamati all'accettazione dell'«uccisione pietosa» è stata evidente nel caso Welby.

La decisione in questione non implicava però uno spostamento dai suddetti principi, ma solo la loro **applicazione in un contesto diverso**. Il rifiuto dell'accanimento terapeutico è largamente accettato nelle patologie oncologiche, per pazienti morenti, nei quali la rinuncia a terapie sproporzionate comporta un abbreviamento minimo della vita. Nelle malattie degenerative, quali la distrofia muscolare progressiva (come nel caso Welby), le condizioni generali sono invece compatibili con una sopravvivenza relativamente lunga, e la rinuncia a certe terapie può comportare un abbreviamento della vita molto più consistente.

Questa differenza non impone però una diversa valutazione dei due casi. In entrambi, l'accento non sembra cadere sulla positiva ricerca della morte, ma sul desiderio di essere liberati da mezzi che impongono condizioni incompatibili con la dignità del paziente; in entrambi può quindi esprimersi il rifiuto di prolungare la vita a costo di **trattamenti troppo onerosi**. Qualora l'intenzione sia di rinunciare a cure che consentono solo «un prolungamento precario e penoso della vita» ⁸, tale rinuncia non può essere condizionata all'esistenza di una patologia terminale. In entrambi i casi, è in gioco il diritto di morire, «espressione che non designa il diritto di procurarsi o farsi procurare la morte come si vuole, ma il diritto di morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana» ⁹.

Questo discorso può dare adito a **due obiezioni**: a) che si lasci la definizione della proporzionalità delle cure all'arbitrio soggettivo; b) che si neghi l'esistenza dell'eutanasia omissiva, accettando la rinuncia a qualsiasi mezzo terapeutico.

a) Che la decisione soggettiva del paziente sia l'unico criterio è certamente da escludersi; ma lo è anche che il suo vissuto di malattia non debba essere consultato. Tra le caratteristiche tradizionalmente indicate per definire l'eccezionalità di un mezzo, molte hanno un chiaro riferimento all'esperienza della coscienza: il fatto che richieda uno sforzo eccessivo, che imponga oneri o dolori, che comporti spese elevate, che generi paura o ripugnanza. Pio XII definiva l'ordinarietà dei mezzi in rapporto alle «circostanze delle persone, dei luoghi, dei tempi e delle

⁷ Contributo di Massimo Reichlin.

⁸ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Dichiarazione «*lura et Bona*», cit., parte IV.

⁹ *Ivi*.

culture»¹⁰, escludendo mezzi che impongano oneri eccessivi a sé o agli altri e subordinando il prolungamento della vita al perseguimento dei fini spirituali. La *Dichiarazione sull'eutanasia* ha poi osservato che la distinzione tra mezzi ordinari e straordinari può essere sostituita da quella tra mezzi proporzionati e sproporzionati, che meglio esprime la complessità dei fattori in gioco; e ha indicato come criterio di decisione ultima il riferimento «alla **coscienza del malato** o delle persone qualificate per parlare a nome suo, oppure anche dei medici», ovviamente «alla luce degli obblighi morali e dei diversi aspetti del caso»¹¹. L'uso di un respiratore artificiale può dunque essere un mezzo normale e perfino doveroso quando sia necessario per superare una crisi recuperabile; può essere proporzionato quando, pur divenendo permanente, consente di attribuire alla vita residua un significato elevato; ma può diventare uno strumento di accanimento quando imponga condizioni di sopravvivenza penose.

b) Dal **punto di vista giuridico**, se ci limitiamo a pazienti consapevoli e informati, è difficile interpretare in senso limitativo l'art. 32 della Costituzione¹². Sembra chiaro, perciò, che ogni intervento possa essere rifiutato. Nelle situazioni in cui, a un ragionevole giudizio, l'intervento appaia proporzionato, il medico deve cercare di convincere il paziente a non sottrarsi, senza però potergli imporre la terapia. Qualora non riuscisse nel suo intento, e giudicasse l'astensione o la rimozione di un mezzo moralmente inaccettabile, il medico potrebbe chiedere di essere sostituito da un altro collega.

Dal **punto di vista morale**, invece, il rifiuto del paziente non è sufficiente per dichiarare un mezzo sproporzionato. I fattori in gioco sono molteplici e occorrono ragioni di straordinario rilievo per giustificare il rifiuto di un mezzo non oneroso che promette di prolungare la vita per un tempo significativo; in mancanza di ragioni peculiari, una simile rinuncia può configurare un'eutanasia omissiva. Ora, se si conviene che considerare obbligatorio ogni mezzo che prolunghi la vita sancisca una pericolosa delega all'invasività della tecnica, è difficile negare che, nel caso Welby, interrompere la respirazione artificiale sia stata una scelta ragionevole, frutto di una considerazione non pregiudiziale della situazione. È infatti molto discutibile che l'uso permanente di un respiratore artificiale, per un paziente malato da quarant'anni che ha apprezzato a lungo la vita anche in condizioni di grave disagio, possa considerarsi tra i mezzi «normali che la medicina può offrire»¹³; come afferma la Congregazione per la Dottrina della Fede, anche le tecniche largamente in uso non possono essere imposte se sono onerose: ciò non può non implicare, nuovamente, il riferimento alla valutazione del paziente, tra gli elementi per un giudizio di proporzionalità.

¹⁰ Pio XII, *Discorso al Congresso Internazionale degli Anestesisti*, 24.11.1957.

¹¹ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione «Iura et Bona»*, cit., parte IV.

¹² «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana» (art. 32 Cost., c. 2)

¹³ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione «Iura et Bona»*, cit., parte IV.

4. Legge civile e coscienza personale ¹⁴

In una società medievale, certo meno complessa e più omogenea delle attuali democrazie occidentali, Tommaso d'Aquino già insegnava che «non è possibile fissare una norma che in qualche caso non sia inadeguata; perché gli atti umani, che sono oggetto della legge, consistono in fatti contingenti e singolari, che possono variare in infiniti modi» ¹⁵. Le infinite variabili soggettive e oggettive che di fatto intervengono nelle azioni umane determinano **l'impossibilità del diritto di contemplare tutti i singoli casi**. La singolare contingenza di taluni casi, eccedendo la possibilità della legge civile di regolarli, limita quest'ultima a valere *ut in pluribus*, cioè nella maggior parte dei casi.

La considerazione dei limiti strutturali di ogni legge civile invita a riconoscere la **competenza della coscienza** personale nelle decisioni relative ai casi-limite. Il rinvio alla coscienza non è la delega in bianco concessa all'arbitrio soggettivo perché faccia ciò che vuole, ma il riconoscimento che, nei singoli casi, la percezione sintetica delle variabili in gioco da parte della coscienza vede meglio della previsione legislativa.

La miglior decisione della coscienza rispetto a una norma legislativa è nominata nella tradizione teologico-morale come *epikeia* (o *aequitas*). Con tale nome s'intende la virtù di chi, nei casi singolarmente complessi in cui la legge non scioglie il dubbio sul da farsi, per via di una particolare perspicacia di giudizio sceglie il comportamento più conveniente ovvero compie l'azione più giusta. Lungi dal trasgredire la giustizia legale, la virtù dell'*epikeia* conduce semmai la giustizia nella nicchia del singolo caso, laddove il dettato legislativo, per via della sua costitutiva generalità, non può arrivare. A questo titolo, l'*epikeia* può essere definita come «**la regola superiore degli atti umani**» ¹⁶.

Il riconoscimento della competenza della coscienza nei singoli casi non esclude, ma anzi **rimanda alla generale validità della legge**. Singola eccezione e regola generale sono, infatti, reciproche: «non c'è eccezione senza regola per l'eccezione alla regola» ¹⁷. Se, dunque, compete alla coscienza il miglior giudizio nei singoli casi, è invece la legge che, delineando l'orizzonte della sua validità, permette di definire l'eccedente spazio dei casi-limite.

Nel caso del cosiddetto «diritto di morire» l'ambito di esercizio dell'*epikeia* sarà quello delimitato, da una parte, dal divieto di eutanasia e, dall'altra, dal divieto di accanimento terapeutico. L'inevitabile approssimazione con cui la legge generale può definire i casi di eutanasia e di accanimento terapeutico lascia sussistere tra i due divieti uno **spazio intermedio** in cui solo il miglior giudizio della coscienza personale può dirimere la fattispecie.

¹⁴ Contributo di Aristide Fumagalli.

¹⁵ TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II^a II^{ae}, q. 120, a. 1, c.

¹⁶ *Ivi*, a. 2, c.

¹⁷ RICOEUR P., *Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006, 40.

Dato l'odierno pluralismo etico, il compito legislativo di definire cosa sia eutanasia e cosa accanimento terapeutico e, quindi, di delimitare gli spazi di discrezionalità per la coscienza personale, risulta tutt'altro che facile. Affinché le difficoltà non diventino insuperabili, le diverse posizioni dovranno mirare, più che a eliminare il dissenso o a imporre un accordo, a costruire un «**consenso per intersezione**» o, perlomeno, dei «disaccordi ragionevoli»¹⁸, tenendo conto del fatto che nelle attuali società pluraliste il meglio ideale diviene non di rado nemico del bene possibile.

La suddetta articolazione del rapporto tra legge civile e coscienza personale offre i criteri di valutazione di fattispecie quali il caso Welby. La soluzione di casi simili **non esige la legalizzazione dell'eutanasia**, quanto, piuttosto, un quadro normativo che, ravvisando l'incompetenza della legge civile oltre un certo limite, riconosca la competenza della miglior coscienza di quanti — essenzialmente il paziente e il medico — sono direttamente coinvolti, mettendoli al riparo da eventuali procedimenti penali.

Il riconoscimento della competenza della coscienza personale in stato di salute gravemente compromesso trova riscontro nella consolidata dottrina morale della Chiesa, secondo la quale «prendere delle decisioni spetterà in ultima analisi alla **coscienza del malato** o delle persone qualificate per parlare a nome suo, oppure anche dei medici, alla luce degli obblighi morali e dei diversi aspetti del caso»¹⁹.

La competenza della coscienza personale nelle singole fattispecie ammette la possibilità che pazienti e medici diversi — pur in situazioni simili — decidano altrimenti. Alla luce dell'*epikeia*, l'eventualità di opzioni diverse non è imputabile al relativismo etico, per il quale ogni scelta si equivarrebbe, ma al fatto che non esistono casi morali identici, e quindi diverso può (deve) essere il giudizio di coscienza. In riferimento ai casi-limite, eccedenti le determinazioni legali, non sembra dunque fuori luogo parlare di «**pluralismo delle scelte**». Un siffatto pluralismo non deroga al duplice divieto di eutanasia e di accanimento terapeutico; esso, piuttosto, attesta che, in talune circostanze, la rinuncia alle cure non necessariamente coincide con l'eutanasia, e nemmeno il loro mantenimento necessariamente coincide con l'accanimento terapeutico.

Davanti alle notevoli sfide bioetiche che rapidamente avanzano nelle società democratiche occidentali, il pluralismo delle scelte, anche solo in determinati casi, non assicura certo che la vita umana sia sempre adeguatamente difesa. Non è però questo il solo pericolo. Lo è altrettanto quello di pensare che la vita umana sia sempre adeguatamente difesa anche a prescindere dal giudizio di chi, in prima persona, si trova in situazione di grave sofferenza.

¹⁸ Le due espressioni, proposte da RAWLS J., *Liberalismo politico*, Edizioni di Comunità, Torino 1999, 123 ss., sono riprese da RICOEUR P., *Il giudizio medico*, cit., 51.54-55.

¹⁹ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Dichiarazione «*Iura et Bona*», cit., parte IV.

5. Profilo deontologico²⁰

Gli interrogativi suscitati dalle richieste di Piergiorgio Welby e le azioni poste in essere dal medico hanno riaperto la discussione sul **significato e i compiti della medicina**. Il *Codice di deontologia medica*, approvato il 16 dicembre 2006, ribadisce che il dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana (artt. 3 e 4).

La fedeltà a questa promessa rappresenta l'**elemento di garanzia** che a nome e per conto di ciascun medico l'intera categoria professionale offre alla comunità, la quale esattamente per questo si affida al sanitario. Garanzia — occorre precisare — che nasce dalla relazione tra due ordini di doveri: da una parte, la tutela della vita, della salute e il sollievo dalla sofferenza, per la cui realizzazione è decisiva la competenza tecnica del medico, e, dall'altra, il rispetto della libertà e della dignità, in cui l'elemento soggettivo del paziente ha una sua indubbia rilevanza. Più precisamente nello sforzo di comporre queste due obbligazioni, reso possibile nella relazione clinica, propriamente si realizza la professione medica, come ribadito nell'art. 38: «Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa».

A partire da questi elementi essenziali, il Codice deontologico declina i temi riguardanti le **fasi finali della vita**. L'art. 17 esplicita la posizione nei confronti dell'**eutanasia**: «Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte». L'atto del medico avente come scopo deliberato di provocare la morte di una persona malata, indipendentemente dalla volontà di quest'ultima, è deontologicamente illecito. Ciò che rileva è l'intenzione del medico, manifestata univocamente dal suo atto.

Definito il confine oltre il quale non è possibile spingersi, analizziamo i diversi comportamenti del medico a seconda delle differenti situazioni cliniche. Anzitutto il medico non può abbandonare il **paziente inguaribile**: deve assicurargli l'assistenza al fine di alleviargli le sofferenze (art. 23). Di fronte all'inesorabile evolversi della patologia, l'assistenza medica trova legittima espressione nel sollievo dalle sofferenze.

La generica nozione di malattia inguaribile viene precisata affermando che il compito di **alleviare le sofferenze** sussiste di fronte a una malattia a prognosi infausta o pervenuta alla sua fase terminale (art. 39); ovvero quando non ci siano più terapie efficaci per quella determinata patologia e l'aspettativa di vita sia ridotta. È sufficiente la presenza di uno di questi due criteri per autorizzare il medico a limitare la sua opera alla cura del dolore. Agendo così il medico salvaguarda la dignità e la qualità di vita del malato.

²⁰ Contributo di Mario Picozzi.

Si afferma infine che nelle situazioni di cui sopra in cui vi sia anche la compromissione dello stato di coscienza, le stesse terapie di sostegno vitale dovranno essere sottoposte al **giudizio di proporzionalità**, configurandosi come un possibile accanimento.

Nelle situazioni descritte ci si riferisce prioritariamente a parametri propri del **giudizio clinico** del medico. In questi casi, il compito del sanitario è di assistere il paziente con l'obiettivo primario, se non unico, di alleviargli le sofferenze; per cui si giustifica l'utilizzo di trattamenti che possano incidere sull'integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato (art. 18), anticipando talvolta, come effetto prevedibile ma non voluto, la morte.

L'**accanimento terapeutico** consiste nell'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita, tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse (art. 16). Pur essendo espressione generica, per «beneficio per la salute» si può ragionevolmente intendere un trattamento che abbia qualche efficacia sul processo patologico, che consenta un prolungamento significativo in termini quantitativi della vita, tenuto conto degli oneri psico-fisici gravanti sul paziente. Tutto ciò rapportato e declinato con la valutazione del paziente in merito alle ripercussioni del trattamento sulla sua vita: ciò si evince chiaramente non solo dalla previsione espressa, «tenendo conto delle volontà del paziente», ma anche dalla nozione di qualità della vita, che non può prescindere dal giudizio del soggetto stesso. Nella prospettiva del Codice è sufficiente l'assenza di uno dei due criteri — beneficio per la salute/qualità della vita — perché si possa configurare un accanimento. Si evince come nel giudizio di proporzionalità di un trattamento, sia esso diagnostico o terapeutico, sia necessaria una valutazione che integri **elementi «oggettivi e soggettivi»**.

Non si può pretendere che il dettato deontologico esaurisca ogni aspetto decisionale: vi è un doveroso spazio, definiti i confini sopra enunciati, che va lasciato alla **relazione medico-paziente**, in cui determinare univocamente la scelta da compiere nei singoli casi. Questo spazio decisionale necessita di una più puntuale e precisa garanzia sotto il profilo giuridico, al fine di evitare conflitti tra ordinamenti con conseguenti gravi difficoltà operative tra i medici.

Quando si giudichi sproporzionato un trattamento, il medico o non lo inizia o mette in atto le azioni necessarie per la sua sospensione ove fosse stato iniziato (sotto il profilo deontologico non si istituisce una differenza, acquisito il giudizio di non proporzionalità, tra non iniziare e sospendere un trattamento), avendo come finalità il sollievo dalle sofferenze che la situazione clinica comporta per il paziente, salvaguardando la **dignità umana** nel processo del morire. Così facendo viene custodita l'identità della medicina e il conseguente ruolo del medico, e conservati i presupposti per cui la società a lui si affida.